

pas, les seins deviennent durs et gonflés, parfois très tendus ; mais au bout de 2 ou 3 jours tout cela diminue et ne tarde pas à disparaître, *sans qu'on fasse absolument rien*. Si nous y sommes forcé, et seulement pour contenter la femme, nous conseillons un purgatif et la chaleur sèche ou humide sur les mamelles.

Si les seins sont très durs et douloureux, on peut être obligé de tirer le lait avec l'un des nombreux appareils inventés dans ce but, telle que la ventouse en caoutchouc ; la simple pipe en terre peut suffire, ou bien une personne se dévoue en tirant directement avec la bouche. La succion doit être douce et modérée, sinon elle est fort douloureuse et peut amener de l'inflammation. Il faut se défier des femmes qui font le métier de « tireuses de lait » ; elles ont souvent la bouche malpropre et peuvent donner des abcès, de l'érysipèle, *la syphilis*, comme trop d'exemples l'ont malheureusement prouvé. Du reste, dans la grande majorité des cas, un simple pansement humide suffit pour faire couler le lait et dégorger les mamelles.

Il ne faut pas oublier que *l'imagination* a une grande influence sur la sécrétion lactée, tout comme sur la sécrétion de la salive, des larmes, etc. *L'imagination peut augmenter le lait, comme le diminuer et le faire disparaître*. Bien des femmes sentent monter leur lait, rien qu'en pensant à leur enfant ; la frayeur, la colère, le chagrin, *la crainte seule de ne plus avoir de lait*, peuvent en faire tarir et diminuer la sécrétion.

Cela fait comprendre comment agissent tant de moyens divers, disparates, parfois insignifiants ou comiques, pour augmenter ou faire disparaître le lait. A la Maternité, on a recours à une ouate prétendument spéciale « l'ouate de la petite armoire », qui fait merveille.

ACCIDENTS QUI PEUVENT SE PRÉSENTER CHEZ L'ENFANT COMME CONSÉQUENCE DE L'ACCOUCHEMENT.

Mort apparente ; respiration prématurée.

On dit que le nouveau-né est en état de mort apparente, quand il est privé de mouvement et de respiration, alors que les battements du cœur existent encore ; l'enfant paraît mort, mais il ne l'est pas en réalité, puisque le cœur n'a pas cessé de battre.

Si l'on n'entend plus *la moindre* contraction pendant 5 minutes, la mort est réelle, et l'enfant ne peut être rappelé à la vie.

Pour savoir à quoi s'en tenir sur les battements du cœur, il faut appliquer son oreille sur la région précordiale du nouveau-né et non se contenter d'y mettre les doigts.

On a généralement d'autant plus de chance de ranimer l'enfant que les pulsations cardiaques sont plus rapides et plus fortes.

CAUSES. — La mort apparente dépend, 98 fois sur 100, de l'asphyxie (Pajot) : rarement de la congestion ou de l'apoplexie cérébrale.

A. — L'asphyxie, causée par le défaut d'oxygénation du sang, est intra ou extra-utérine, dépend de la mère ou de l'enfant.

1° L'asphyxie intra-utérine vient de l'absence de circulation dans le cordon ombilical : quand il est prolabé et comprimé ; quand il est serré entre le fœtus et la matrice ou le bassin, comme dans les cas de tête dernière ou de circulaires autour du cou, du dos, des fesses ; quand enfin il n'est pas bien abrité dans le creux abdominal et est pressé par la matrice rétractée.

2° La circulation est aussi troublée dans le décollement du placenta : comme cela se présente dans l'insertion sur le col ; ou bien quand il est tirailé par un cordon trop court ; ou bien quand le sang s'épanche entre ce gâteau et l'utérus ; ou bien encore quand, le tronc étant sorti, la matrice doit se contracter énergiquement pour expulser la tête.

3° Si les contractions utérines sont trop violentes et trop fréquentes, si surtout l'organe est contracté spasmodiquement ou tétaniquement, la circulation utéro-placentaire devient difficile ou impossible.

4° Dans le cas où le sang de la mère ne contient plus une quantité suffisante d'oxygène, il est évident que le sang foetal doit également en être dépourvu : il en est ainsi lorsque la mère est morte, ou atteinte d'asphyxie, de syncope prolongée, d'éclampsie, d'hémorragie, etc.

Il est difficile de dire combien de temps l'enfant peut résister à l'asphyxie *complète* ; on peut le fixer à 1/2 heure au plus. Cependant on a cité quelques cas, où l'on aurait extrait des enfants encore vivants une heure et plus après la mort de la mère.

5° L'asphyxie intra-utérine provoque des *mouvements respiratoires prématurés*, qui peuvent entraîner dans les voies aériennes du liquide amniotique, des mucosités, du sang, du méconium, des morceaux de membranes, de sorte que ces corps étrangers rendent difficile l'introduction de l'air dans la poitrine, quand l'enfant est né ; parfois même l'obstruction est complète et si l'enfant fait un mouvement d'inspiration, rien ne pénètre dans les poumons et la base du thorax se creuse profondément. L'asphyxie extra-utérine succède ainsi à l'autre.

6° L'asphyxie intra-utérine a comme seconde conséquence, tout aussi importante, d'anéantir plus ou moins complètement la sensibilité du système nerveux, de sorte que les excitations ordinaires ne suffisent plus pour faire agir les nerfs respiratoires : d'où encore asphyxie extra-utérine succédant à la première.

B. — La congestion cérébrale, ou afflux exagéré du sang au cerveau, est rare ; elle peut être le résultat de la compression du cou (par le cordon, ou par le col de la matrice, ou par les os pubiens), ou de la compression du crâne dans les accouchements difficiles (bassins rétrécis, forceps, etc.) ; dans ce dernier cas,

l'afflux exagéré de sang se produit par réaction, dès que la compression cesse ; comme cela arrive, par exemple, au doigt que l'on enferme pendant quelques instants dans une bande serrée : dès qu'il est libre, il devient rouge et chaud.

SYMPTÔMES. — L'asphyxie se présente sous deux formes : la forme congestive et la forme syncopale.

A. — La première forme a le même aspect que la congestion cérébrale. Les pieds, les mains, le corps, la face surtout, sont d'un rouge-violet ou bleuâtre ; la figure et les lèvres sont gonflées, les yeux saillants ; le corps a conservé une partie de sa chaleur, et quoique immobile, il n'est pas complètement relâché, ni mou ; les battements du cœur sont plus ou moins rares, mais assez forts ; les muscles ont encore de la fermeté et de la tonicité.

Si le mal se dissipe, la peau devient peu à peu rosée, la respiration, d'abord spasmodique et espacée, devient insensiblement plus régulière, le cœur bat plus vite, l'enfant fait quelques mouvements, ouvre les yeux, gémit de plus en plus fort, pousse enfin de véritables cris.

Dans le cas contraire, l'enfant devient flasque, se décolore, les battements du cœur s'affaiblissent et cessent.

N'oublions pas d'insister sur ce fait : que la coloration de la peau ne prouve nullement la congestion du cerveau, qu'elle indique seulement l'état du sang, qui est rouge-foncé parce qu'il n'a pas été revivifié. C'est donc une erreur profonde de dire avec M. Barnes (loc. cit., p. 145), que la coloration livide de la face indique une congestion du cerveau.

B. — Dans la forme syncopale, la peau et les muqueuses sont pâles, décolorées ; les membres sont froids, relâchés ; la tête est ballante ; les pulsations du cœur sont éloignées, faibles, à peine perceptibles ; les muscles sont flasques et ont perdu leur tonicité.

C'est la forme la plus grave ; elle se présente comme conséquence de la première quand l'asphyxie se prolonge longtemps, ou encore, selon certains auteurs, quand elle se produit rapidement, comme dans la compression complète et brusque du cordon.

Si la peau est pâle dans ce cas, et non rouge-violacée comme dans l'autre, c'est que le sang a abandonné les parties superficielles pour affluer vers les organes profonds, ainsi que le prouve l'autopsie : la congestion cérébrale pourrait donc être invoquée ici avec bien plus de raison. Cela est irréfutable, car il faut bien que le sang se trouve quelque part puisqu'il ne s'est pas écoulé à l'extérieur ; or, si l'enveloppe cutanée en manque, c'est que l'intérieur en a de trop : le raisonnement est d'accord avec les examens cadavériques.

Avec Schultze, Fritsch distingue deux degrés d'asphyxie : dans le 1^{er}, correspondant à notre forme congestive, le tonus musculaire

est conservé ; dans le 2^d, qui est notre forme syncopale, il n'y a plus de tonicité musculaire. Pour faire le diagnostic entre ces deux degrés, il introduit le doigt dans la bouche de l'enfant jusqu'à la base de la langue et constate si la musculature du palais réagit par une contraction ou non.

C. — Il y a des formes intermédiaires où l'enfant est violacé, flasque et les battements cardiaques faibles : c'est une véritable transition de la première à la seconde.

TRAITEMENT. — Quelquefois les symptômes sont peu marqués, la respiration a de la tendance à s'exécuter ; l'enfant, dit-on, naît *étonné*. Il suffit de le laisser attaché au cordon, quand les pulsations existent encore, pour l'entendre bientôt crier parfaitement. Si les battements funiculaires ont cessé, l'accoucheur lie et coupe le cordon ; un bain excitant, quelques frictions sèches ou stimulantes, quelques coups sur les fesses ou la face suffisent pour provoquer de vifs mouvements et le cri normal.

Même dans ces cas légers, on entend souvent des mucosités dans le pharynx de l'enfant, et il est utile d'aller les chercher avec le doigt ou un linge fin.

Dans les cas plus graves, où la respiration n'a pas de tendance à s'établir, il faut exciter le fonctionnement de la poitrine, ou introduire artificiellement de l'air dans les poumons.

Tous les auteurs conseillaient naguère de commencer le traitement de la forme congestive par la section du cordon et d'en faire écouler 1, 2 ou 3 cuillerées de sang. Nous avons combattu cette saignée, irrationnelle en principe, inutile et dangereuse en fait, dans un travail paru en 1879.

Depuis lors, elle a été peu à peu abandonnée et à l'heure actuelle elle n'est plus défendue, pensons-nous, par aucun accoucheur sérieux. C'est pourquoi nous croyons inutile de reproduire les arguments contraires à cette coutume, que la routine seule a perpétuée trop longtemps.

Donc, la méthode de traitement est la même, qu'il s'agisse de la forme congestive ou de la forme syncopale : on ne doit se préoccuper que d'amener au plus tôt dans les poumons l'air dont le sang a besoin pour se vivifier.

Dans l'état normal, l'excitation produite sur la moelle allongée par l'acide carbonique du sang et sur la peau par l'air ambiant, suffit pour amener les mouvements respiratoires. Il n'en est plus de même lorsque l'enfant est en état de mort apparente : l'excitation doit être d'autant plus vive que la torpeur des nerfs et du cerveau est plus profonde.

Mais pour que l'air puisse pénétrer dans la poitrine, il faut que les voies respiratoires soient libres ; or, nous avons vu que souvent elles contiennent différents corps étrangers (liquide amniotique, méconium, débris membraneux, caillots sanguins, glaires) qui y ont été introduits par la respiration prématurée. Il est indispensable de

les faire sortir, au moins en partie, avant d'entreprendre toute autre manœuvre.

On enlève aisément avec le doigt et un petit morceau de linge fin et sec, les mucosités et autres substances qui sont dans la bouche et le nez; en poussant la compresse doucement dans le pharynx, on parvient aussi sans peine à dégager ce conduit.

On peut également se servir d'une fine éponge fixée à une baleine ou d'une plume garnie de ses barbes; cette dernière est surtout utile pour désobstruer les narines au loin.

Cette simple extraction suffit d'habitude et on doit la pratiquer le plus tôt possible, dès que l'enfant est sorti et même avant la ligature du cordon; on la renouvelle à diverses reprises, quand l'enfant est dans le bain et après pendant les autres soins, *chaque fois que le gargouillement indique qu'elle est nécessaire.*

Il faut évidemment procéder avec douceur et légèreté de main, pour ne pas blesser l'enfant. Cette introduction du doigt, de la plume ou de l'éponge, a aussi pour effet d'exciter la muqueuse, de provoquer les réflexes respiratoires, d'amener des envies d'éternuer et de vomir, qui aident au dégagement de la poitrine.

Voici un autre procédé qui réussit très bien pour amener à l'extérieur les mucosités de la gorge: c'est d'appliquer *exactement* sa bouche sur celle de l'enfant (avec interposition d'une fine compresse) et de souffler assez énergiquement; les liquides sont ainsi refoulés vers la seule voie libre, les narines, et sortent abondamment par les orifices du nez; on les enlève aussitôt avec un petit linge.

Cette manière de faire, imaginée par M^{lle} Janvier, maîtresse sage-femme à la Maternité de Liège, est très ingénieuse et fort utile.

Souvent il y a des mucosités plus bas, dans les trachées et les grosses bronches, mais elles ne bouchent pas complètement le canal, de sorte que l'air pénètre plus ou moins facilement dans les poumons et en ressortant fait remonter peu à peu les mucosités dans la gorge, d'où il n'est pas difficile de les évacuer.

On aide puissamment à cette ascension en pressant sur la base de la poitrine d'avant en arrière et en la comprimant latéralement à l'aide de la main. Comme les côtes sont encore en partie cartilagineuses et par suite très flexibles, on peut sans danger rétrécir considérablement la cage thoracique et par suite refouler sérieusement vers le haut les corps étrangers qui ont pénétré assez loin dans les voies respiratoires. Par ce moyen, on parvient à faire remonter de véritables bouchons très adhérents et impossibles à amener autrement.

Dans le même but, on a conseillé différents moyens que nous allons sommairement indiquer.

Quelques auteurs recommandent à l'accoucheur d'appliquer exactement sa bouche

sur celle de l'enfant (recouverte ou non d'un linge fin, ou d'une carte percée d'un trou), de pincer le nez avec deux doigts, puis de faire quelques *aspirations* profondes.

Schröder et d'autres allemands introduisent dans la trachée une sonde élastique (de 3 1/2 mm), coupée obliquement à sa partie supérieure. Plusieurs emploient de la même façon les tubes laryngiens de Chaussier, de Depaul.

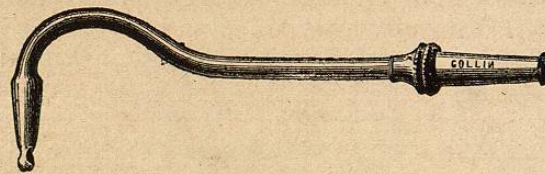


Fig. 132. — Tube laryngien du Dr Ribémont.

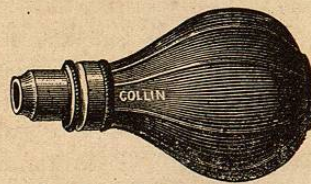


Fig. 133. — Poire en caoutchouc que l'on adapte à ce tube pour pratiquer l'insufflation.

Wilson, de Glasgow, a inventé un tube trachéen, adapté à une boule élastique, qui sert à pomper les liquides. M. Ribémont a fait construire aussi un tube laryngien muni d'une boule semblable, qui sert à attirer les mucosités, puis à insuffler l'air. Le double soufflet de Richardson a la même destination. M. Olivier a modifié le tube de Ribémont et y a ajouté un réservoir en verre pour recueillir les liquides attirés (?) par l'aspiration.

Tous ces instruments doivent être introduits dans le larynx, ce qui n'est pas toujours facile ni anodin. Ils servent d'abord pour aspirer les mucosités trachéales et ensuite pour pratiquer l'insufflation d'air dans les poumons.

Pour introduire un de ces tubes dans le larynx, voici la manière de procéder: l'enfant, enveloppé de linges chauds, est placé sur une table recouverte d'un oreiller; la tête est renversée en arrière, en extension. Le praticien introduit son index gauche profondément dans la bouche du nouveau-né et va reconnaître la saillie formée par les cartilages aryénoïdes. — On a renoncé à prendre l'épiglotte comme point de repaire; elle est trop molle et difficile à sentir, on la dépasse sans s'en douter et l'on va vers l'œsophage. — La main droite fait alors glisser l'extrémité du tube sur le bord radial du doigt-guide, puis au-devant de la pulpe de la 1^{re} phalange; le bout du tube est arrivé ainsi au-dessus de l'orifice du larynx et pénètre sans peine dans l'orifice glottique.

Quand l'instrument est en place, on se sert de la bouche ou de la poire en caoutchouc pour l'aspiration; dès qu'il est plein de mucosités, on le retire pour le vider; souvent il faut le réintroduire et le retirer plusieurs fois avant d'avoir libéré la trachée et de pouvoir pratiquer l'insufflation avec succès.

Nous rejetons formellement cette manière de faire sortir les mucosités parce qu'elle est inutile, inefficace et dangereuse. En effet: 1^o nous avons démontré (*Journal d'Accs*, 1894, p. 403 et suivantes) que les conditions physiques rendent les aspirations illusoire; si des mucosités sortent pendant qu'on les pratique, c'est qu'on comprime inconsciemment le thorax; mieux vaut donc se borner à ceci et le faire méthodiquement comme nous le conseillons; 2^o l'introduction du tube est loin d'être aisée et exige de l'habitude; fréquents sont les cas où le tube est introduit dans l'œsophage et où l'estomac seul se dilate pendant l'insufflation, surtout si l'on veut aller vite, ce qui est nécessaire; 3^o maintes fois nous avons constaté sur le cadavre des nouveau-nés avant terme que le bout olivaire du tube laryngien ne peut pénétrer dans la glotte, qui est trop petite pour le recevoir; 4^o introduire une série de fois l'instrument dans le larynx expose à des contusions, à des déchirures; 5^o il y a perte d'un temps précieux.

La méthode de Schultze, admise dans beaucoup de cliniques allemandes et belges, agit comme notre procédé en comprimant mécaniquement la poitrine, mais d'une manière beaucoup plus compliquée, plus dangereuse, plus brutale et moins efficace. Voici, d'après la description de l'auteur, comment on la pratique : l'accoucheur



Fig. 134. — Attitude de l'accoucheur dans le 1^{er} temps de la méthode de Schultze (inspiration)

saisit l'enfant par les épaules, le pouce à la face antérieure de la poitrine, l'indicateur d'arrière en avant dans le creux axillaire et les trois autres doigts obliquement le long de la face postérieure du thorax; la tête est soutenue entre les bords cubitiaux des deux mains. L'accoucheur debout, les jambes quelque peu écartées, le buste modérément fléchi, les bras tendus vers le bas tient devant lui l'enfant saisi de la façon décrite, comme le montre la figure 134 ci-contre. Sans attendre un instant, il lance avec les bras tendus l'enfant vers le haut, et quand ses bras sont arrivés un peu au-dessus de l'horizontale, il s'arrête si doucement que le corps de l'enfant n'est pas projeté en avant, mais que le segment lombaire seulement retombe lentement en bas, ainsi que le montre la figure 135 ci-contre. A ce moment, tout le poids de l'enfant repose sur les pouces de l'accoucheur appliqués sur la poitrine; celle-ci est comprimée (expiration passive) et les mucosités apparaissent abondamment au-devant des orifices respiratoires.

Après que la chute en avant a eu lieu, l'accoucheur ramène lentement, mais complètement l'enfant entre ses jambes, dans la 1^{re} position (inspiration passive) et l'air pénètre dans les voies respiratoires.

Après une pause de quelques secondes, il lance de nouveau l'enfant en haut et ainsi de suite. Schultze répète ces mouvements de relèvement et d'abaissement, ces espèces de balancements (Schwingungen) 8 à 10 fois; si la respiration ne s'est pas alors établie, il procède à l'insufflation de l'air, qu'on peut encore, à titre d'essai, faire précéder d'une aspiration.

Cette dernière phrase de l'auteur prouve que son procédé est d'une efficacité douteuse et inférieur à l'insufflation. Schultze ne le recommande pas pour les nouveau-nés avant terme, à cause du peu de résistance de leurs parois thoraciques (et ces cas sont pourtant bien nombreux) ni pour les enfants ayant une fracture de la clavicule, évidemment.

Cette manœuvre brutale a été critiquée même en Allemagne et dernièrement encore par Meyer et Prochownich. Celui-ci la déclare impossible dans les chambres à plafond bas et dans la clientèle riche où le spectacle est pénible; il préfère soutenir l'enfant par les pieds, lui mettre la tête en bas appuyée contre une table, le cou assez

étendu; il presse alors modérément avec les deux mains sur le thorax, deux ou

trois fois jusqu'au moment où l'on voit paraître les mucosités.

Evidemment ce qui agit dans le procédé de Prochownich, c'est la compression du thorax, que nous avons indiquée dans notre méthode. La suspension par les pieds, préconisée depuis longtemps par Dewees et par le vulgaire chez tous les noyés, n'a pas d'action sérieuse et est blâmée par tous les médecins. Le corps humain n'est pas un vase que l'on vide en le retournant!

Au surplus, le reproche de spectacle pénible adressé par Prochownich au balancement de Schultze est tout aussi applicable à la suspension qu'il recommande.

Le procédé de Schultze peut être utile pour faire sortir les mucosités, comme nous l'avons dit déjà, uniquement par la compression de la poitrine; mais nous contestons qu'il soit efficace pour faire pénétrer dans les poumons une quantité notable d'air respiratoire. Nos expériences à cet égard ont été concluantes (*loc. cit.*, p. 441); celles qui ont été faites par M. le Dr Nobele (de Gand) ne le sont pas moins (voir *Annales de la Société de médecine légale de Belgique*, 1896, p. 7).

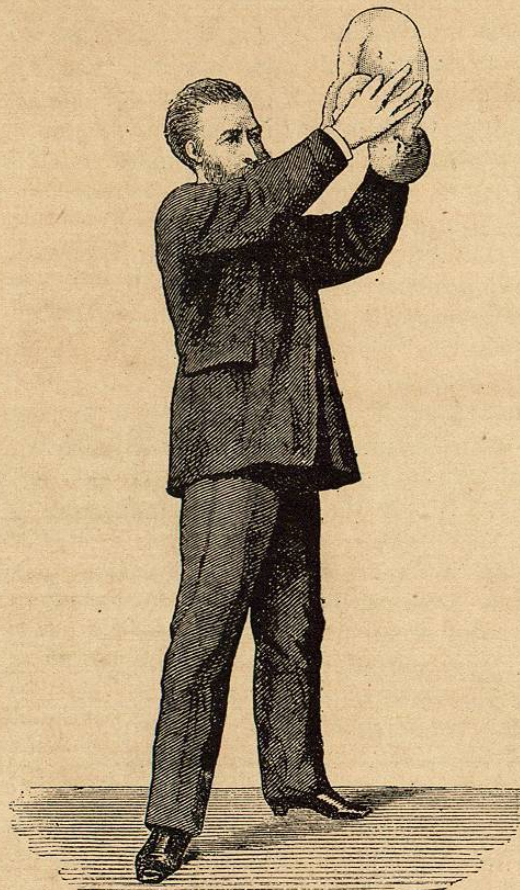


Fig. 135. — Attitude de l'accoucheur dans le 2^d temps de la méthode de Schultze (expiration, évacuation des mucosités).

Pour introduire un peu d'air dans la poitrine d'enfants mort-nés, il a dû pratiquer la trachéotomie ou attirer la langue à l'extérieur à l'aide d'un fil. Il faisait une trentaine de balancements et cependant les poumons n'étaient que partiellement aérés. C'est pourquoi il conseille de maintenir la langue à l'extérieur quand on emploie le procédé de Schultze pour rappeler un nouveau-né à la vie.

Au contraire, en ayant recours à notre méthode d'insufflation, dans des conditions identiques, nous avons toujours constaté que les deux poumons étaient complètement pénétrés d'air; leur aspect était tellement normal qu'on pouvait croire que l'enfant mort-né avait eu une respiration tout à fait régulière!

En Allemagne, on recommande officiellement le procédé de Schultze aux accoucheuses; quant à nous, nous le déconseillons énergiquement à tous les praticiens.

Dans tous les cas, le cordon ne doit être lié et coupé que s'il a